



TITLE:

# 社会保障国家英国における医療費 の現状

AUTHOR(S):

郡, 健二郎

---

CITATION:

郡, 健二郎. 社会保障国家英国における医療費の現状. 泌尿器科紀要  
1987, 33(10): 1556-1559

ISSUE DATE:

1987-10

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/119315>

RIGHT:

## 社会保障国家英国における医療費の現状

近畿大学医学部泌尿器科学教室（主任：栗田 孝教授）  
郡 健 二 郎

### AN ASSESSMENT OF THE SOCIAL WELFARE SYSTEM IN THE UNITED KINGDOM

Kenjiro KOHRI

*From the Department of Urology, School of Medicine, Kinki University  
(Director: Prof. T. Kurita)*

This report describes the British social welfare system with reference to expected future developments in Japanese medical care. In developed countries where the average life expectancy is high, a large percentage of the population is elderly, resulting in high social welfare expenditure. In Britain, the "social welfare state", the average life expectancy is similar to that of other developed countries, while expenditure by the Department of Health and Social Security is considered to be the lowest. For example, expenditure on medical care for an average elderly man is approximately 60% of that in Japan. Some of the reasons are as follows. The family practitioner services are medical services given to patients by doctors of their own choice. The family doctor undertakes the initial diagnosis and management, but may refer the patients for either specialized services or hospital consultation. The general basis for remuneration of the family doctor is a standard capitation fee and an allowance. This system does not lead to over diagnosis or excessive treatment. The numbers of medical consultations performed and prescriptions issued by British doctors is lower than that in Japan. In Japan the number of elderly persons who are incapable of caring for themselves is increasing and poses not only a financial burden, but also a social problem. In the UK, these patients are cared for by social welfare workers (Japanese nurses) or at health centres (unlike Japanese hospitals and homes for the aged) which is less costly than inpatient hospital care.

The Government is responsible for the National Health Service. It has only indirect responsibility for the personal social services administered by the local district authorities, who are responsible for planning and manage the actual service. The system ensures better health services in local areas. British Government funds are limited. Recent relatively large budgetary increases for the police and defense forces, have resulted in smaller increases for other Government Departments, including the Department of Health and Social Security.

**Key words:** United Kingdom, Japan, Social welfare system, Department of Health and Social Security, Finance

わが国が社会福祉国家に仲間入りし、世界一の長寿国になった背景のひとつに、急速な経済成長があると思われる。他の国においてもこのことは同様で、Fig. 1に示すごとく、高齢化社会となった先進国では、多くの社会保障費を要しているが、開発途上国では平均寿命と社会保障費のいずれも低い傾向がみられる。ただし、同じ先進国でも、アメリカやオーストラリアなどの就業年齢層が、欧州の先進国に比べ低い理由は、歴史が浅く、外国からの移入民が多いことから理解しうるが、欧州の先進国の中ではイギリスの社

会保障給付費が他の国に比べ、極端に低いことは、イギリスが社会保障国家の代名詞とさえいわれていることを考えに入ると、注目すべき点である。しかし、現在のイギリスの社会保障制度が起草され、制度されたのは、第2次大戦前後の大英帝国の良き時代のこと<sup>2)</sup>。その後の植民地の解放や高齢化社会の進行により、諸制度の運営に問題が生じているのも事実である。

高齢化社会を迎え、社会保障費や医療費の膨張による国家財政への圧迫が論じられているわが国にとっ

て、イギリスの医療制度の現状を把握し、有効にいかすことは重要と思われる。中部総会のシンポジウムが開かれるにあたり、友吉教授からの命をうけて、イギリスで調べ得た結果の他に、本邦で得た文献や資料をもとに、イギリスの医療の特徴と問題点を論じたい。

### §. イギリス医療の特徴

イギリスの社会保障費が先進国の中では低いことは、前記の通りだが、一人あたりの医療費も、Table 1に示すごとく先進国の中で最も低く、他の半分以下である<sup>2)</sup>。しかし、医療内容は『ゆりかごから墓場まで』とよくいわれるごとく、充実したものである。た

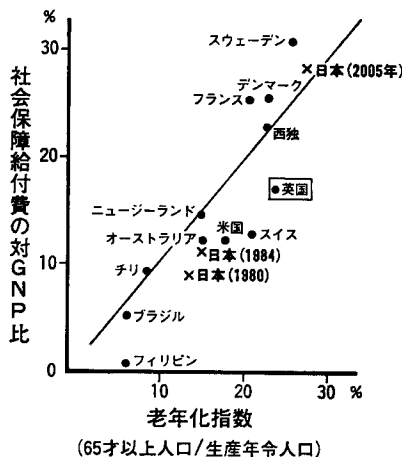


Fig. 1. 世界各国の社会保障費と老年比指数との関係。(文献<sup>1)</sup>より引用)。

Table 1. 先進国における1人あたりの医療費。(文献<sup>3)</sup>より引用)。

アメリカ	823
スイス	670
スウェーデン	598
西ドイツ	595
フランス	503
日本	336
イギリス	258

(単位：ポンド、1982統計)

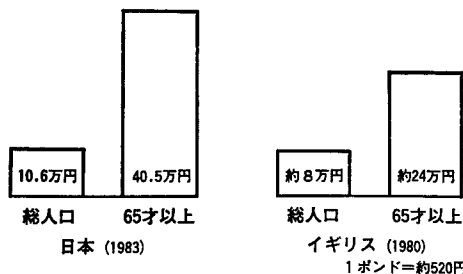


Fig. 2. 日本およびイギリスにおける国民1人あたりと老人1人あたりの医療費。(文献<sup>4,5)</sup>より引用)

Table 2. イギリスの家庭医の報酬体系。

基本給	7065ポンド/年
過疎地手当	2185~3335ポンド/年
経験年数	1690~4560ポンド/年
登録患者1人当たり	
65才未満	6.85ポンド
65~74才	8.85ポンド
75才以上	10.90ポンド
その他の加算	
(1985.6)	

Table 3. 患者1人あたりの受診率および処方件数。

§. 1人当たり年間平均受診率 (1983)	
日本：病院及び開業医	16回
開業医	10回
イギリス：家庭医	4回
§. 1人当たり年間処方件数	
イギリス	6.9件

例えば、出産については、在英の外国人に対してまでも全額国家負担されており、極端な例ではフランス人は出産のために、一時的にイギリスに住む人があるそうである。また、2ポンドの処方箋料を除きすべての医療費は患者負担なしで運営されている。

つぎに、なぜ少ない医療費で運営できるのかを調べてみたい。老人は病気にかかる頻度が高いうえに、重症で慢性であることが多いことから、いずれの国でも、老人医療費は高額を要し、国家予算を圧迫し、高齢化社会での重要な問題である。イギリスの一人あたりの老人医療費も総人口の平均額の約3倍を要しているが、わが国の約4倍に比べると低く、絶対量でみてもイギリスの老人医療費は日本の約6割である (Fig. 2)<sup>4,5)</sup>。これらの金額の比較を、同じ年の資料でできなかったが、近年の漸次にみられる円高を考慮に入れると、それ額は半分以下といえる。

イギリス国民は、日本の開業医にあたる家庭医 (home doctor) を1人選び、患者登録をし、すべての病気の相談や治療のまず始めは、家庭医に受け、さらに病院への精査や治療が必要と認められる時に、始めて病院に紹介される医療制度がとられている。この制度から得られる医療費削減の効果は、乱診、乱療が少ないことである。すなわち、家庭医の報酬はおもに、基本給と登録患者一人あたりに対する人頭払制であるために (Table 2)<sup>6)</sup>、家庭内への受診回数も減り、

1回の受診で検査や投薬をされる割合は約6割と少ない (Table 3)<sup>7,8)</sup>。また病院への受診は前記のごとく直接することではなく、家庭医の紹介によるが、約1割の患者が紹介されるにすぎない。それでも、家庭医の報酬総額は全国民平均の約2.5倍である。報酬を必ずしも抑える方向だけではなく、医療内容の向上を図る目的で研修手当や、過疎地への赴任手当、さらに地域医療を奨励する目的で、保健婦らとのチーム地域医療に対しての手当が設けられている<sup>9)</sup>。このような家庭医の立場から、家庭医の役目の1つに、利用可能な資源内で医療を果たすことだともいわれている<sup>10)</sup>。

社会保障費の予算は、国の監視下に、関係各団体の

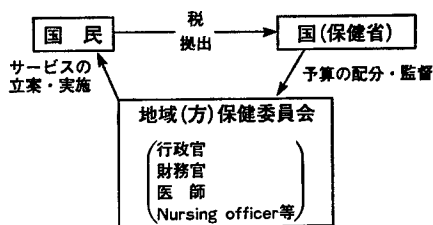


Fig. 3. 社会保障費の予算および実施体制機構。

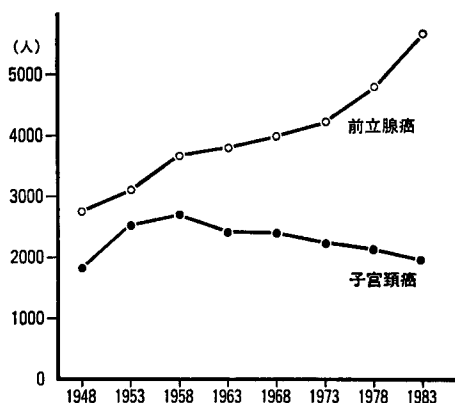


Fig. 4. イギリス（イングランドおよびウェールズのみ）の前立腺癌と子宮頸癌の死亡者数の推移。

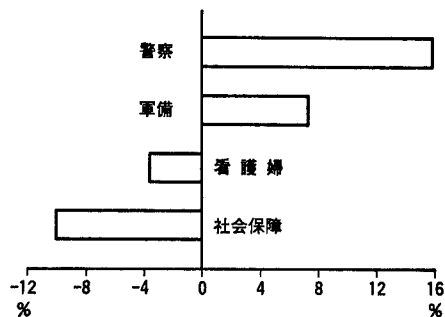


Fig. 5. イギリスの予算の増減。(1981~1982 から 1984~1985)。

代表で構成される地区保険委員会で立案し、実施されている (Fig. 3)<sup>11)</sup>。この委員会は住民25万人に1つの割合で設置されているため、地域の事情に密着した医療を、かぎられた予算内で、より有効に利用できるといえる。たとえば高額医療の癌末期や腎移植、ESWLなどに対しては、地域の専門病院で集中して行ない、機器などの共同購入や共同利用などにより、経費の節減に努めている<sup>12)</sup>。

わが国で現在約60万人おられ、2000年には100万人に達すると予想されている寝たきり老人や、慢性疾患患者など、入院までは要しない患者の医療が問題になりつつある。イギリスでは、これらの人達に対しては、訪問看護や、病院と老人ホームとの中間にあたるヘルスセンターにおける治療が行なわれている。これらの治療体制は、病院看護に比べ経済比率が良いことはもちろん、家族との触れ合いなどの精神面でもすぐれた方法であろう<sup>13)</sup>。

医療費を削減するには、病気を予防することが重要であることは自明の理である。その方法としては病気の原因を除く方法と、病気の早期発見、早期治療する方法とがあり、個人による予防と、集団による予防（検診）とがある。その具体例とその経済効率については、他のシンポジストが詳細に論じられるので、ここではイギリスにおける集団検診の効果を述べる。イギリス政府が行なっている集団検診は、35歳以上の女性に対する子宮癌検診である。その効果は Fig. 4にみるごとく、早期発見による死亡率の漸減としてあらわれているにもかかわらず、政府は他の疾患に対しても集団検診を広める予定はまったくくないようである<sup>14)</sup>。

現在のイギリス医療に決して問題点がないわけではない。前記のごとく現在の制度が立案され施行されたのは、戦後前後の大英帝国時代で、その後の経済状態の低下は、社会保障費の圧迫を余儀なくしており、特に現在のサッチャー政権ではこの傾向は強いようである (Fig. 5)<sup>15)</sup>。そのため利用価値が少なくなったと思われる公的病院の看護婦の削減や病棟閉鎖も稀ではなく、入院待機期間が平均4週と長くなるため、約5%の裕福な患者は戦前のなごりの自費診療病院を利用している。また透析器はあるが看護婦不足のために閉鎖中の透析室さえみられた。このように長い社会福祉の歴史と、より効率的な福祉の供給に努めているイギリスですら問題が多いため、日本のこれからの医療を考えることはあまりに難しいことだが、医師と患者がかぎられた資源であるという自覚を持つとともに、行政機関に対しては、より有効な福祉や医療の実施への改

善が望まれるところである。

御校閲を賜った栗田孝教授に深謝致します。

本論文の要旨は、第36回泌尿器科中部総会シンポジウム  
「泌尿器科疾患がもたらす国家・社会的損失」で発表した。

## 文 献

- 1) 丸尾直美：増加する社会保障費の負担。福祉目的税で特別会計。日本経済新聞 8月29日号, 1986
- 2) Sir. Beveridge W: Social insurance and allied services. HMSU, 1982
- 3) Smart T and Draper P : Public health and economic policy: Financing the NHS. Lancet. Nov. 30th, 1233, 1985
- 4) Health care and its cost. HMSU, p.11 1983
- 5) 厚生省発表資料：週刊社会保障 No. 1343 p.40, 1985
- 6) Beview body proposes 6.3% rise. Br Med J 290: 1836, 1985
- 7) Office of health economics, Compendium of health statistics. OHE, 1984
- 8) 一圓光弥・イギリスにおける老人医療の動向。経済論集 36: 87, 1986
- 9) Lloyd M : Personal communication from Department of Health and Social Security (DHSS).
- 10) 一圓光弥・イギリス社会保障論 光生館, 初版 1985
- 11) The function and management of the Department of Health and Social Security (DHSS). Health Trends 18: 32, 1986
- 12) Chester TE: personal communication from University of Manchester Business School
- 13) Brooke DG : Personal communication from North Western Regional Health Authority
- 14) Cashin E : personal communication from Office of Population Censuses and Surveys. (1987年3月13日受付)